

0.a. Objectif

Objectif 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge.

0.b. Cible

Cible 3.3 : D'ici 2030, mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles.

0.c. Indicateur

Indicateur 3.3.2 : Incidence de la tuberculose pour 100 000 habitants

0.e. Mise à jour des métadonnées

Dernière mise à jour : 9 janvier 2018

0.g. Organisation(s) internationale(s) responsable(s) de la surveillance mondiale

Informations institutionnelles

Organisation(s) :

Organisation mondiale de la Santé (OMS)

2.a. Définition et concepts

Concepts et définitions

Définition :

L'incidence de la tuberculose pour 100 000 habitants, définie comme le nombre estimé de nouveaux cas et de rechutes de tuberculose (toutes les formes de tuberculose, y compris les cas chez les personnes vivant avec le VIH) survenant au cours d'une année donnée, exprimée en taux pour 100 000 habitants.

Concepts :

La mesure directe exige des systèmes de surveillance de haute qualité dans lesquels la sous-déclaration est négligeable, et des systèmes de santé solides de sorte que le sous-diagnostic soit également négligeable. Pour leur part, les estimations indirectes sont basées sur les données de notification et les estimations des niveaux de sous-déclaration et de sous-diagnostic.

3.a. Sources de données

Sources de données

Description :

Des détails sur les sources de données et les méthodes sont disponibles dans le document suivant, accessible au public :

<https://arxiv.org/ftp/arxiv/papers/1603/1603.00278.pdf>

3.b. Méthode de collecte des données

Processus de collecte:

Les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose communiquent chaque année entre mars et juin, leurs données annuelles sur la tuberculose à l'OMS, en utilisant un système normalisé de communication des données en ligne géré par l'OMS. Le système comprend des contrôles en temps réel de la cohérence des données. Les estimations de la charge de la tuberculose sont préparées en juillet-août et communiquées aux pays. Dans certains pays disposant de nouvelles données d'enquête, les estimations sont mises à jour séparément au cours de l'année. Toutes les estimations sont communiquées en août-septembre et les révisions sont effectuées en fonction des rétroactions. La série finale d'estimations est examinée par l'OMS avant sa publication en octobre, afin de vérifier la conformité avec les normes internationales spécifiques et l'harmonisation des ventilations par groupes d'âge et de sexe.

3.c. Calendrier de collecte des données

Calendrier

Collecte de données :

actuel : mars à juin de chaque année

3.d. Calendrier de diffusion des données

Publication des données :

octobre de chaque année

3.e. Fournisseurs de données

Fournisseurs de données

Programmes nationaux de lutte contre la tuberculose, ministères de la santé

3.f. Compilateurs des données

Compilateurs de données

L'OMS

4.a. Justification

Justification :

Après deux ans de consultations, une nouvelle stratégie mondiale de lutte contre la tuberculose pour l'après-2015 a été approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2014. Connue sous le nom de stratégie pour mettre fin à la tuberculose, elle couvre la période de 2016 à 2035. L'objectif global est « de mettre fin à l'épidémie mondiale de tuberculose » et par le même effet viser l'atteinte d'objectifs ambitieux de réduction des décès et des cas de tuberculoses pour 2030 (80% de réduction du taux d'incidence par rapport au niveau de 2015) et 2035 (90 % de réduction du taux d'incidence), dans le cadre des objectifs de développement durable.

Le taux d'incidence de la tuberculose a été choisi comme indicateur pour mesurer la réduction du nombre de cas de charge de morbidité. Bien que cet indicateur ait été estimé avec une incertitude considérable dans la plupart des pays en 2014, les notifications de cas aux autorités nationales fournissent une bonne approximation s'il y a une sous-déclaration limitée des cas détectés et un sous-diagnostic ou un surdiagnostic limité des cas.

4.b. Commentaire et limites

Commentaires et limites:

L'incidence de la tuberculose est utilisée depuis plus d'un siècle comme principal indicateur du fardeau de la tuberculose, ainsi que de la mortalité qui s'y rattache. L'indicateur permet des comparaisons au fil du temps et entre les pays. L'amélioration de la qualité des données de surveillance de la tuberculose entraîne une réduction de l'incertitude quant à la valeur des indicateurs.

4.c. Méthode de calcul

Méthodologie

Méthode de calcul :

Les estimations de l'incidence de la tuberculose sont produites au moyen d'un processus consultatif et analytique dirigé par l'OMS et sont publiées chaque année. Ces estimations sont fondées sur des notifications annuelles de cas, des évaluations de la qualité et de la couverture des données de notification de la tuberculose, des enquêtes nationales sur la prévalence de la tuberculose et des informations provenant des systèmes d'enregistrement des décès (état civil).

Des estimations de l'incidence pour chaque pays sont obtenues, en utilisant une ou plusieurs des approches suivantes selon les données disponibles : (i) incidence = notifications de cas/proportion estimée de cas détectés ; (ii) modélisation capture-recapture, (iii) incidence = prévalence/durée de l'état.

Des limites d'incertitude sont fournies en plus des meilleures estimations.

Les détails sont disponibles à partir du document TB impact measurement policy and recommendation for how to assess the epidemiological burden of TB and the impact of TB control (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598828_eng.pdf?ua=1) et de l'annexe technique en ligne au rapport mondial de l'OMS sur la tuberculose 2017 et le document Methods used by WHO to estimate the Global burden of TB disease <https://arxiv.org/abs/1603.00278>

4.f. Traitement des valeurs manquantes (i) au niveau national (ii) au niveaux régional

Traitement des valeurs manquantes:

- *Au niveau national:*

Détails disponibles dans le document accessible au public suivant:

<https://arxiv.org/ftp/arxiv/papers/1603/1603.00278.pdf>

- *Aux niveaux régional et mondial:*

Détails disponibles dans le document accessible au public suivant:

<https://arxiv.org/ftp/arxiv/papers/1603/1603.00278.pdf>

4.g. Agrégations régionales

Agrégats régionaux :

Les estimations par pays du nombre de cas sont agrégées. L'incertitude se propage en supposant l'indépendance des estimations des pays.

5. Disponibilité des données et désagrégation

Disponibilité des données

Description :

Tous les pays

Série chronologique :

à partir de 2000

Désagrégation :

L'indicateur est désagrégé par pays, sexe et âge (enfants vs adultes).

6. Comparabilité / Dérogation des normes internationales

Sources des écarts :

Les dénominateurs de population peuvent différer entre les sources nationales et les données de la Division de la population du Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat des Nations Unies. L'OMS utilise les estimations démographiques de l'organisme de l'ONU.

7. Références et documentation

Références

URL :

<http://www.who.int/tb/country/data/download/en/>

Références :

WHO global tuberculosis report 2017 : (http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/, consulté le 9 janvier 2018).

Methods used by WHO to estimate the Global burden of TB disease :
<https://arxiv.org/ftp/arxiv/papers/1603/1603.00278.pdf>

Définitions et cadre de notification pour la tuberculose – Révision de 2013. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2013 <http://www.who.int/tb/publications/definitions/fr/>, consulté le 21 juin 2016).

Documentation des organes directeurs de l'Assemblée mondiale de la Santé : documents officiels. Genève : Organisation mondiale de la Santé (<http://apps.who.int/gb/or/>, consulté le 21 juin 2016).